

Reduktion af stress og sygefravær blandt patienter med
arbejdsrelaterede belastnings- og tilpasningsreaktioner
henvist til Arbejdsmedicinsk klinik.



Afslutningsrapport til Arbejds miljøforskningsfonden vedrørende projekt-nr. 34-2007-03
David Glasscock, Ole Carstensen & Ligaya Dalgaard
Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning

Indholdsfortegnelse

• Forord	1
• Formål	1
• Sammenfatning	1
• English summary	2
• Baggrund	3
• Metoder og design	4
• Resultater	11
• Diskussion	20
• Konklusion	22
• Undersøgelsens anbefalinger	22
• Formidlingsplan	23
• Referencer	23

Forord

Antallet af patienter henvist og undersøgt på Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning med en psykisk belastningsreaktion steg i perioden fra 2001 – 2008 med en faktor 3. Dette var årsagen til at dette projekt blev skabt og gennemført for at udvikle metoder til at hjælpe disse patienter, som der ikke var arbejdsplads rettet behandlingstilbud til indenfor det øvrige offentlige behandlingssystem. Både for patienten og samfundsøkonomisk er der gode grunde til at forebygge og behandle arbejdsrelaterede stressreaktioner hos patienten. Patienter må ofte henvises til tilfældige private behandlingstilbud, hvor arbejdspladsen ikke inddrages. Ofte sygemeldes patienten i håbet om, at en pause vil være nok i sig selv, men i forbindelse med raskmelding vender patienten blot tilbage til de samme arbejdsforhold med risiko for tilbagefald.

Denne rapport beskriver resultater fra projektet til bevillingsgiver, Arbejdsmiljøforskningsfonden, som vi hermed takker for støtten. Rapporten er udarbejdet af projektleder David Glasscock, psykolog, Ligaya Dalgaard, psykolog, og Ole Carstensen, overlæger. Vi vil gerne takke alle deltagere og professionelle involverede i projektet. Følgende psykologer har bidraget til projektets kliniske arbejder: Lars Peter Andersen, Sabrina Guastella, Lisa Nelholt, Anita Eskildsen og Tanja Kirkegaard. Projektsekretærer har været Birgit Jørgensen og Lone Langkjær Lauritsen. Vi takker også Professor Nicole Rosenberg, psykolog, og hendes kollegaer fra Psykiatrisk hospital i Risskov for hjælp til udvikling af interventionsprogrammet samt eksternt supervision undervejs i forløbet.

Formål

Projektets formål er at evaluere effekten af en intervention rettet mod sygemeldte patienter med arbejdsrelaterede belastnings- eller tilpasningsreaktioner og deres arbejdspladser. Patienterne er henviste til Arbejdsmedicinsk klinik i Herning. Behandlingseffekt vurderes i forhold til symptomniveau, selvoplevet stress, kognitive funktioner, søvnkvalitet og sygefraværslængde.

Sammenfatning

Der findes en del empiriske undersøgelser af interventioner rettet mod arbejdsrelateret stress, også randomiserede kontrollerede forsøg. Generelt har man fundet, at kognitivt-adfærd orienterede interventioner er mere effektive end andre interventionsformer, men litteraturen er kendetegnet ved en del metodiske begrænsninger. Afgrænsning af undersøgelsespopulationen er ofte uklar. Der mangler undersøgelser af patienter med dokumenteret klinisk behov. Der mangler evalueringer af interventioner, der rettes både mod individet og arbejdspladsen.

I nærværende undersøgelse blev patienter henvist til AMK pga. stress udredt ifølge protokol. Hvor det blev vurderet, at der var tale om en arbejdsrelateret belastnings- eller tilpasningsreaktion, blev patienten tilbudt deltagelse i projektet, såfremt inklusions og eksklusionskriterier var opfyldte. Patienter udfyldte baseline spørgeskemaet inden udredning. Spørgeskemaet, der blev anvendt til effektmåling, blev udfyldt igen 4 og 10 måneder efter inklusion. Til måling af behandlingseffekt anvendtes validerede skalaer: selvoplevet stress (PSS-10), mentalt helbred (GHQ-30), søvn problemer (spørgsmål fra BNSQ), kognitive funktioner (2 underskalaer fra CFQ). Der var også spørgsmål vedr. sygemelding. Efter inklusion blev deltagere tilfældigt udtaget til enten interventions- eller kontrolgruppe. Deltagere i kontrolgruppen blev afsluttet og kun fulgt med

spørgeskemaer. Interventionen indeholder dels et individuelt kognitivt terapeutisk samtaleforløb med en psykolog, dels dialog med arbejdspladsen med fokus på ændring af belastende forhold.

Resultaterne viste, at der var en signifikant effekt af tid i begge grupper. 10 måneder efter baseline oplevedes mindre stress, færre symptomer, bedre søvn og kognitive funktioner.

4 mdr. efter baseline fandtes en interventionseffekt vedrørende PSS og GHQ. Interventionsgruppen oplevede signifikant mindre stress og færre GHQ symptomer sammenlignet med kontrolgruppen. Der fandtes en ikke-signifikant tendens i samme retning for søvnproblemer og distraktion. Med andre ord har interventionsgruppen oplevet en hurtigere bedring end kontrolgruppen (PSS og GHQ), men i perioden fra 4 – 10 måneder efter baseline indhenter kontrolgruppen disse forbedringer. Der blev ikke fundet forskel i sygefraværslængde i de to grupper, hvad enten det drejede sig om analysen af selvrapporterede sygefravær eller en opfølgning af patienternes sygefravær i DREAM-databasen.

Det konkluderes, at den evaluerede intervention medfører en hurtigere reduktion af selvoplevet stress (PSS) og symptomer (GHQ) sammenlignet med en kontrolgruppe blandt patienter med arbejdsrelateret belastnings- og tilpasningsreaktioner henvist til AMK. 6 måneder efter endt intervention er der ikke længere forskel mellem grupperne. Interventionen ser ikke ud til at have betydning for sygefraværslængden.

English Summary

The literature contains many empirical studies of interventions aimed at reducing work-related stress. These include randomized controlled trials (RCT). In general it has been found that cognitive behavioural interventions are more effective than other forms of intervention. However, the research is plagued by a number of methodological limitations. The definition of study populations is often unclear and there is a lack of studies with patients that have a clinically documented need for treatment. There is also a lack of research that evaluates interventions aimed at both the individual patient and his or her place of work.

In the present study, patients referred by general practitioners to a department of occupational medicine for an evaluation of the role of work stress in the development of their symptoms were examined according to protocol. When it was assessed that symptoms reflected reactions to stress or adjustment disorders that were work related, patients were offered participation in the project, if inclusion and exclusion criteria were satisfied. Patients answered baseline questionnaires prior to initial examination. The questionnaire, which was used to measure treatment effects, was repeated again 4 and 10 months after inclusion. Treatment effects were assessed with validated scales: Perceived stress (PSS-10), mental health (GHQ-30), sleep quality (selected items from the BNSQ), and cognitive functioning (two subscales from the CFQ). There were also items concerning sick-leave. After inclusion, patients were randomly assigned to either an intervention group or a control group. Participants in the control group were subsequently only followed via questionnaires. The intervention contains both individual cognitive behavioural therapy, conducted by a psychologist, and the offer of participation by the same psychologist in a meeting with the workplace concerning changes in stressful work conditions.

Results showed that there was a significant effect of time in both groups. Ten months after baseline, both groups reported less perceived stress, fewer symptoms, improved sleep and cognitive functioning. Four months after baseline we found a significant treatment effect on two measures,

perceived stress and mental health. The intervention group experienced less stress and fewer symptoms compared to the control group. There was also a non-significant trend in the same direction concerning sleep and distraction (a sub-scale of the CFQ). In short, the intervention group experienced a faster rate of recovery than the control group (PSS and GHQ), but in the period from 4 to 10 months after baseline, further improvement in the control group meant that the two groups were again comparable on all measures at 10-months follow-up. No between group differences were found concerning sick-leave duration. This was the case both when analyzing self-reported sick-leave data and follow-up data from the DREAM-register.

In conclusion, the evaluated intervention results in a faster reduction of perceived stress (PSS) and stress symptoms (GHQ), compared with a control group, amongst patients with work-related stress reactions and adjustment disorders referred to a department of occupational medicine. Six months after the end of the intervention, there are no longer differences between the groups. The intervention does not appear to influence sick-leave duration.

Baggrund

De arbejdsmedicinske klinikker i Danmark har oplevet en stigning i antallet af patienter med psykiske belastnings- og tilpasningsreaktioner gennem de senere år (1). Antallet af anmeldte psykiske sygdomme i 2011 er ca. 38 % over niveauet i 2005 og er blandt de hyppigste diagnoser sammen med skulder- og nakkesygdomme og hudsygdomme (2). Endvidere er psykiske belastninger i arbejdsmiljøet forbundet med en øget risiko for langtidssygefravær (3). Tilpasningsreaktioner er blandt de hyppigste årsager til sygefravær med baggrund i psykiske helbredsproblemer (4, 5). I Danmark havde 19 % af en kohorte, der var sygemeldte på grund af stress og udbrændthed, ikke genoptaget arbejdet indenfor 40 uger (6). Stress er forbundet med forringet søvnkvalitet (7) og kognitive vanskeligheder i form af svækket opmærksomhed, koncentration og arbejdshukommelse (8). Såfremt forringet søvn og kognitive vanskeligheder opstår, kan disse symptomer påvirke funktionsniveauet negativt og besværliggøre forsøg på at genoptage arbejdet efter en stressrelateret sygemelding. De samfundsmæssige omkostninger ved stress-relaterede tilstande er formentlig betydelige. Der foreligger ikke et tilstrækkeligt grundlag for et pålideligt skøn over den præcise udbredelse af mentale helbredsproblemer i Danmark, men det er blevet anslået, at de samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark er 55 milliarder kroner årligt (9).

Både for den enkelte patient samt fra et samfundsekonomisk perspektiv er der gode grunde til at forebygge og behandle arbejdsrelaterede stresstilstande. Da nærværende projekt påbegyndtes var der imidlertid ingen tilbud med veldokumenteret effekt til disse patienter. På nogle af de arbejdsmedicinske klinikker tilbydes opfølgende psykologsamtaler til nogle patienter. Andre klinikker rummer ikke denne mulighed. Først for nylig er der begyndt at komme randomiserede kontrollerede forsøg i Danmark med henblik på evaluering af interventioner rettet mod arbejdsrelateret stresstilstande. Der er fundet en effekt af kognitiv adfærdsterapi på gruppeniveau i selvoplevet stress, søvnkvalitet, kognitive problemer ved den arbejdsmedicinske klinik i Århus, MARS-projektet (10, 11, 12). Der er også fundet en effekt af 2 forskellige interventioner, én gruppebaseret og én med individuelt forløb, i forhold til tilbagevenden til arbejdet og reduktion af symptomniveau i COPESTRESS-projektet fra arbejds- og miljømedicinsk klinik i Bispebjerg (13, 14).

På arbejdsmedicinsk klinik i Herning er der de senere år indhentet positive erfaringer med anvendelse af en kombineret tilgang til håndtering af stressramte patienter. Tilgangen omfatter et kort psykologsamtaleforløb med patienten koblet med et møde med arbejdspladsen med henblik på

ændring af de forhold, der bidrager til at belaste patienten og/eller indførelse af tiltag, der kan lette patientens genoptagelse af arbejdet. I forbindelse med nærværende projekt er denne tilgang blevet yderligere udviklet og standardiseret med henblik på en systematisk evaluering.

Internationalt findes der mange empiriske undersøgelser af stressinterventionsprogrammer. Desværre er kvaliteten af disse undersøgelser meget svingende. Randomiserede, kontrollerede studier (RCT) er bedst egnede til at besvare spørgsmålet om, hvorvidt en given intervention virker efter hensigten eller ej. Der findes to kvantitative metaanalyser, der gennemgår randomiserede, kontrollerede studier og andre eksperimentelle studier (15, 16). En konklusion fra disse er, at stressinterventionsprogrammer er effektive sammenlignet med ingen behandling, og at kognitiv-adfærds orienterede interventioner synes at være mere effektive end andre interventionsformer. Den eksisterende litteratur er dog kendetegnet ved en del metodiske begrænsninger. En svaghed ved den eksisterende litteratur vedrører de undersøgte populationer. Givet de efterhånden mange RCT-studier er det overraskende, at der mangler undersøgelser af henviste patienter med et dokumenteret klinisk behov. Næsten alle undersøgelser foretages med frivillige deltagere, som typisk bliver selekteret fra bestemte arbejdspladser eller organisationer. Ofte er der ikke redegjort for, hvorvidt der er tale om personer, som oplever stress, og der er som regel ikke tale om sygemeldte personer. Kun få undersøgelser har selekteret deltagerne på baggrund af et højt stressniveau ved baseline.

En anden svaghed ved den eksisterende litteratur er, at der har været tale om evaluering af *enten* individfokuserede *eller* organisationsfokuserede interventioner. Der er indikationer i den eksisterende forskning på, at individfokuserede interventioner med en kognitiv-adfærds orienteret tilgang er mest gavnlige for ansatte med relativt meget kontrol over eget arbejde. Det er usikkert om denne positive effekt gælder for ansatte med ringe job kontrol. Især i disse tilfælde kunne tiltag rettet direkte mod en ændring af de arbejdsbetingede belastningsforhold tænkes at være et nyttigt supplement til et individuelt forløb. Hvad dette angår mangler vi forskningsbaseret viden, men der er et klart behov for "the development and controlled evaluation of interventions involving a combined individual and organizational focus" (15). Munz et al (17) evaluerede et stressinterventionsprogram, der kombinerede individuelle og organisatoriske elementer, og fandt en positiv effekt. Der var dog ikke tale om et RCT-design og der anvendtes frivillige ansatte frem for patienter.

Metoder og design

Projektet er et prospektivt randomiseret kontrolleret studie med to grupper, en behandlingsgruppe og en kontrolgruppe. Evaluering af behandlingseffekt blev foretaget på baggrund af dataindsamling ved baseline, ved endt intervention (efter 4 måneder) og 10 måneder efter baseline.

Rekruttering af studiepopulation

Patienterne blev henvist af egen læge til udredning på Arbejdsmedicinsk klinik i Herning. Forsøgsdeltagere blev således rekrutteret blandt de patienter, der normalt henvises til arbejdsmedicinsk klinik, når de praktiserende læger vurderer, der er et klinisk behov. Herved bliver selvselektion til dels undgået. Der er taler om henvisninger med baggrund i psykisk arbejdsmiljø problemer og stress. Der blev i forbindelse med projektets opstart udsendt informationsmateriale til de praktiserende læger, der blev opfordret til at henvise disse patienter hurtigst muligt i forbindelse med sygemelding. Inklusion i projektet skete i tidsrummet sept. 2008 til jan. 2011. Inklusionsperioden måtte forlænges i forhold til det planlagte, fordi flere patienter end forventet faldt for projektets eksklusionskriterier. Projektets ind- og eksklusionskriterier var som følgende:

Inklusionskriterier

1. Der skulle være tale om en belastnings- eller tilpasningsreaktion, men ikke PTSD (en lettere depressiv episode blev også accepteret).
2. Der skulle være en vurdering af, at arbejdsforhold spillede en betydende rolle i tilstandens udvikling.
3. Patienten skulle være fortsat fastansat på den arbejdsplads, hvor belastningen var opstået, og der måtte ikke være tale om et flexjob.
4. Patienten skulle være sygemeldt.

Eksklusionskriterier

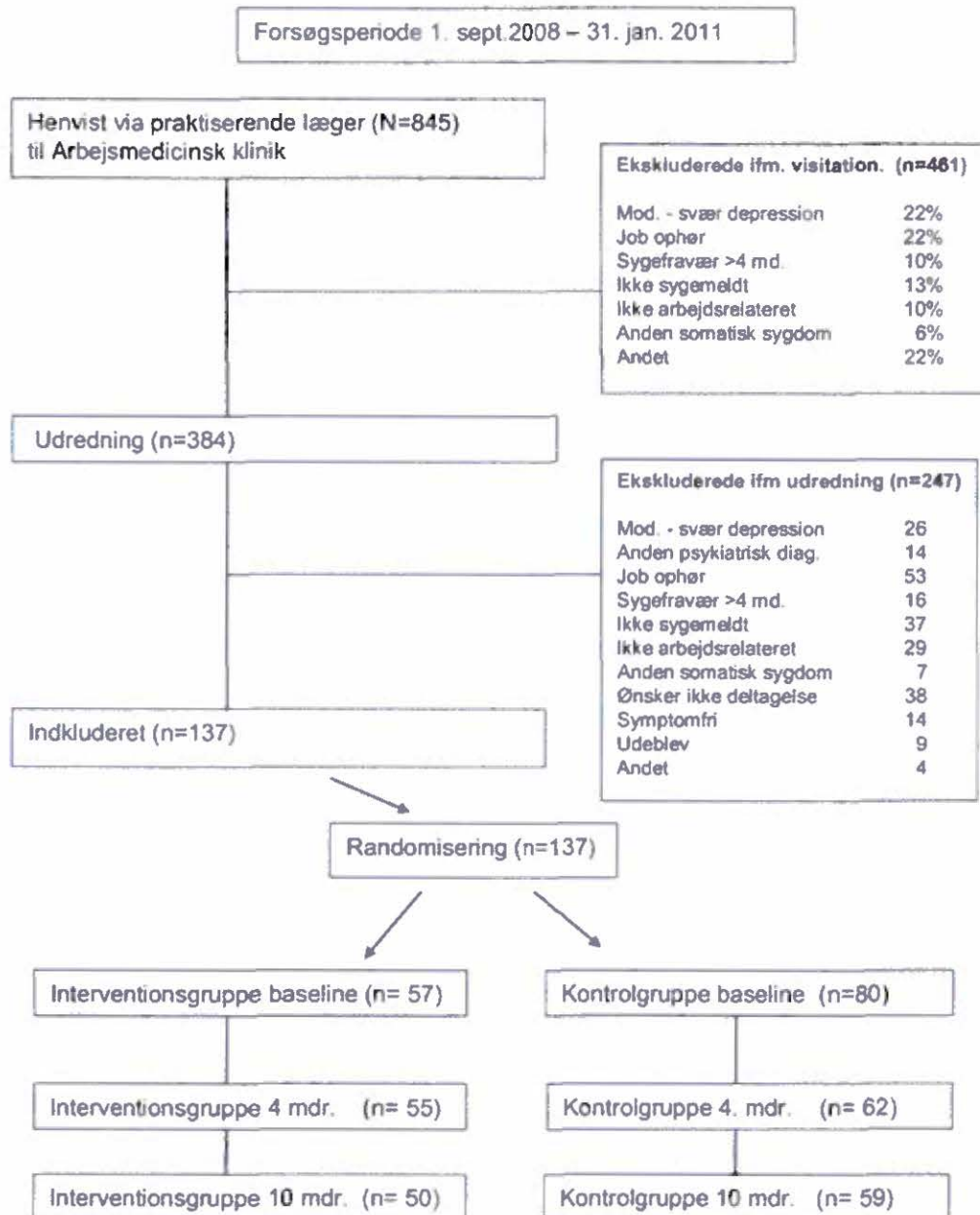
1. Patienten havde opsagt sin stilling eller var blevet afskediget inden udredning.
2. Patienten ønskede ikke at vende tilbage til nuværende arbejdsplads.
3. Sammenhængende sygefravær op til udredning over 4 måneder.
4. Anden psykiatrisk lidelse, fx moderat til svær depression.
5. Alkoholmisbrug.
6. Nyopstået kronisk sygdom eller smertetilstand.
7. Graviditet.

Inklusion var ikke afhængig af branche eller belastningens art. De deltagende patienter blev henvist med baggrund i belastninger, der er typiske for personer, der henvises til arbejdsmedicinsk klinik på grund af arbejdsrelateret stress, dvs. interpersonelle konflikter, samarbejdsvanskeligheder og mobning, for stor krav/arbejds mængde, rolleklarhed, osv.. Ofte var der tale om en kombination af belastninger.

Såfremt det fremgik af henvisningen, at én eller flere eksklusionskriterier var til stede, skete eksklusion i forhold til projektet i forbindelse med visitation og inden udredning. Alle patienter, der blev visiteret til projektrelateret udredning, fik tilsendt information om projektet og et baselinespørgeskema med instrukser om at udfylde skemaet i ugen inden udredningssamtalen. Udredning blev foretaget af en psykolog. Udredningsproceduren er nedfældet i en protokol. Efter endt udredning modtog potentielle deltagere skriftlig og mundtlig information om projektet og der blev indhentet skriftligt samtykke.

Herefter blev deltagere tilfældigt udtaget til enten interventions- eller kontrolgruppe. Deltagere i kontrolgruppen blev afsluttet og kun fulgt med spørgeskemaer. Randomisering blev foretaget af en projektsekretær, som for hver patient udregnede tværsummen af det næste tal på en liste af tilfældigt genererede cifre (True Random Numbers). Hvis tværsummen var et lige tal indgik patienten i interventionsgruppen. Hvis tværsummen var et ulige tal indgik patienten i kontrolgruppen. Projektsekretæren var på randomiseringstidspunktet uvidende om andre oplysninger udover at patienten var projektdeltager. Psykologen, der havde foretaget udredningssamtalen med patienten og taget stilling til inklusion/eksklusion, havde således ingen indflydelse på randomiseringsprocessen. Deltagere i interventionsgruppen fik brev med en tid til 1. interventionssamtale indenfor 2 uger efter udredning. Interventionssamtaler blev altid foretaget af samme psykolog, der stod for udredning. Hele selektionsprocessen med oplysninger om frafald, eksklusionsårsager, mm., kan ses i figur 1.

Fig. 1: Flow diagram



Beskrivelse af interventionsprogrammet

Interventionen, der er beskrevet i en manual (se bilag 1), indeholder 2 delelementer:

- 1) Et individuelt kognitiv terapeutisk forløb med psykolog 6 x 1 time fordelt over 4 måneder.

- 2) Tilbud om deltagelse i møde på arbejdspladsen (evt. rundbordsamtale) med henblik på rådgivning om tilbagevenden til arbejdet og forebyggelse af stress.

Tabel 1. Interventionens indhold – Procevaluering (%)

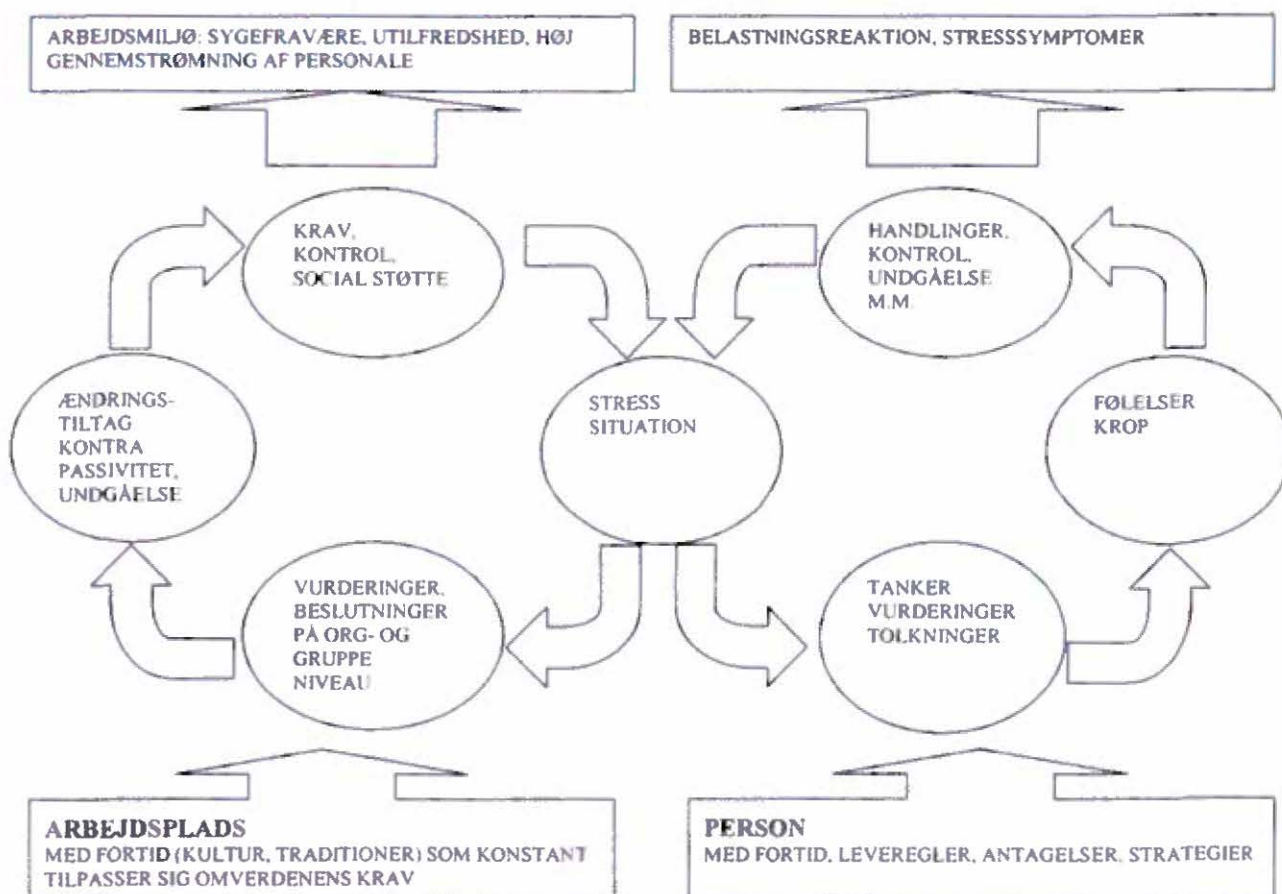
Metode/session	1	2	3	4	5	6
Stressmodel	100			3		
Psykoedukation	100					
Problem- og målliste	50	38	9	3		6
Registrering- skriv hvilken	74	41	15	15	12	3
Fordele/ulemper		3	6	6	6	3
Adfærdseksperiment/ Rollespil			9	3	6	3
Leveregler, skema		12	35	32	15	6
Analyse og omstrukturering	3	53	56	24	38	
2-kolonne				6	3	
Kognitive forvrængninger			6	6		
Udforskende og forandrende spørgsmål		9	3	12	6	6
Vejrtrækningsøvelse		3	9			
Tilbagefaldsforebyggelse			3	6	9	62
Gradueret eksponering		6	6	9	6	
Problemløsning				6		

Samtaleforløbet havde fokus på patientens måde at tolke og håndtere stressende situationer. Der blev givet psykoedukation ved start samt hjemmearbejde mellem sessioner. Programmet blev udviklet i samarbejde med professor og chefpsykolog på psykiatrisk hospital i Risskov, Nicole Rosenberg og hendes kolleger. Programmet blev udviklet specifikt med henblik på patienter med stressreaktioner. Flere psykologer varetog rollen som behandler. Med henblik på at ensarte tilgangen så meget som muligt deltog de i samme træningsforløb inden start og modtog ekstern supervision undervejs. Programmet er standardiseret og nedfældet i en manual, som danner ramme om hvilke kognitive terapeutiske teknikker, der må anvendes. Hver patient fik en kopi af manualen, som også indeholdt de skemaer, der blev brugt i forbindelse med hjemmearbejdet. Indholdet af

forløbet for hver patient var ikke helt ens, idet den enkelte behandler på baggrund af patientens konkrete problemer og arbejdspladsbelastninger kunne vælge hvilke specifikke redskaber fra manualen, de ville bruge og i hvilket omfang. Da det er vigtigt at kunne dokumentere, at det faktiske indhold i et interventionsforløb er i overensstemmelse med en manual, blev der lavet en procesevaluering. Efter hver session skulle psykologen afkrydse på et skema, hvilke redskaber, der blev anvendt. Resultatet af denne procesevaluering kan ses i tabel 1.

Tabel 1 kan ses som en beskrivelse af det typiske forløb. I første session modtog alle patienter psykoedukation samt en introduction til den stressmodel, som er det teoretiske udgangspunkt for interventionen. En kortlægning af patientens væsentligste problemer og en forventningsafstemning vedrørende målene for forløbet skete også tidligt i forløbet. De fleste forløb blev afsluttet med tilbagefaldsforebyggelse, hvor forløbet blev gennemgået og de vigtigste læringselementer drøftet. I de mellemliggende sessioner blev der oftest arbejdet med patientens leveregler samt med analyse og omstrukturering af u hensigtsmæssige tolkninger og antagelser.

Fig. 2 Kognitiv-organisatorisk stress model



Den nævnte stressmodel, som stammer fra Nielsen, Rasmussen, Carstensen og Glasscock (18), kan ses i figur 2. Modellen er et forsøg på at integrere en kognitiv tilgang til stress, som tager udgangspunkt i det enkelte individ (højere side af figuren), med en organisatorisk tilgang, som tager udgangspunkt i arbejdspladsen (figurens venstre side). Modellen er procesorienteret. Der er tale om

psykologiske processer, hvor individet vurderer og tolker hændelser og situationer på arbejdspladsen og, hvis disse er negative, kan opleve ubehagelige stressrelaterede kropssignaler og følelser, som motiverer til handling, dvs. stresshåndtering, forsøg på at genoprette en følelse af kontrol, eller, hvis dette mislykkes, undgåelse. Disse psykologiske processer forgår dog ikke i et tomrum. De forgår i en arbejdsorganisatorisk kontekst, som medfører, at andre (ledere, kollegaer) kan påvirke de samme hændelser og situationer. Her er der tale om sociale processer, som den enkelte medarbejder ikke altid har tilstrækkelig indflydelse over. Hvorvidt den enkelte medarbejder og resten af arbejdsgruppen, afdelingen eller hele organisationen ser ens eller forskelligt på de, for medarbejderen, stressende situationer tillægges stor betydning i nærværende interventionsstrategi. Undervejs i samtaleforløbet bliver der derfor fokuseret på dialogen mellem medarbejderen og arbejdspladsen, på eventuelle kommunikationsproblemer samt muligheder for at fremme en fælles forståelse af de belastningselementer, som arbejdspladsen rummer. Den anden del af interventionen har specifikt fokus på dette.

Ved forløbets start informeres patienten om muligheden for, at psykologen deltager i et møde på arbejdspladsen eller i en rundbordsamtale. Sådanne møder blev afviklet for 25 % af patienterne i interventionsgruppen. I de resterende sager blev patienten rådgivet vedrørende hvad der var behov for, at de fik snakket med nærmeste leder om. I disse tilfælde sigtedes mod en indirekte påvirkning af arbejdspladsen via patienten, der opfordres til at drøfte ændring af konkrete forhold med lederen. Når psykologen ikke deltog direkte i sådanne møde, var det oftest fordi patienten ikke var motiveret for det og ville klare mødet selv. Udover de 6 sessioner var der mulighed for at afsætte en 7. session til forberedelse af mødet med arbejdspladsen.

I forbindelse med møde på arbejdspladsen blev der drøftet muligheder for ændring af belastende forhold, både på kort sigt, fx i forbindelse med delvis raskmelding, og varigt. Samtalerne på arbejdspladsen havde til formål at igangsætte en proces i organisationen med henblik på at reducere antallet af stressorer, løse problematiske samarbejdsrelationer eller øge kontrollen over arbejdsprocesserne, afhængig af patientens problematik. Der var fokus på at skabe forståelse for, at arbejdspladsen kan være med til at fremme en hurtigere bedring og tilbagevenden vha. midlertidig eller permanente ændringstiltag. Det blev fx drøftet, om patienten skulle delvis raskmeldes og genoptage arbejdet på egen eller en anden afdeling, hvilke opgaver der ville være hensigtsmæssige i starten, hvordan optrapning i arbejdstimer samt arbejdskompleksitet skulle foregå. I de fleste tilfælde blev der aftalt konkrete handlingsplaner. Der blev opfordret til, at arbejdspladsen og patienten løbende evaluerede forløbet, således at der kunne laves justeringer i planen undervejs. Psykologen bidrog med løsningsforslag. Disse forløb kunne også have karakter af afklaringsprocesser, især der hvor patienten som udgangspunkt var i tvivl om egne ønsker vedrørende sin fremtidige rolle i organisationen. Permanent omplacering var en mulighed på nogle arbejdspladser, men ikke alle. Det konkrete indhold i disse møder afhang i høj grad af arbejdspladsens art og størrelse, hvilke belastningselementer der var tale om, samt relationen mellem medarbejderen og lederen. Arbejdspladsinterventionen er også beskrevet i den føromtalt manual.

Effektmål

Ved baseline (inden udredning og randomisering), efter 4 måneder (ved afslutning af intervention) og efter 10 måneder (6 måneder efter afslutning på intervention) blev samtlige deltagere i projektet bedt om at udfylde et spørgeskema, der indeholdt de skalaer og spørgsmål, der anvendes til måling af interventionseffekt.

Interventionen sigtede mod en bedring af den psykiske stresstilstand samt en afkortning af sygefraværslængde. Der blev anvendt validerede skalaer.

Stressniveau blev målt dels ved selvoplevet stress, Cohens Perceived Stress Scale (PSS-10) (19, 20), dels ved et mål for mentalt helbred, the General Health Questionnaire (GHQ-30) (21).

PSS-10 måler i hvor høj grad situationer i ens liv bliver vurderet som stressende, uforudsigeligt og ukontrollabelt. De 10 spørgsmål har 5 responskategorier fra 0 til 4. Svarene lægges sammen, hvorved der opnås en totalscore fra 0 til 40. Højere score betyder mere selvoplevet stress.

Chronbach's alpha = 0,83.

GHQ-30 er ofte blevet anvendt indenfor epidemiologisk forskning, også interventionsstudier. Den måler psykisk velbefindende. De 30 spørgsmål har 4 responskategorier, der efterfølgende dikotomiseres. Der kan opnås en total score fra 0 til 30, hvor en højere score er udtryk for et dårligere psykisk velbefindende. Chronbach's alpha = 0,90.

Udover det generelle stressniveau blev 3 mere specifikke symptomområde, som ofte er til stede hos stressramte patienter, målt.

For det første målt søvnkvalitet via 5 spørgsmål fra Basic Nordic Sleep Questionnaire (22). De 5 spørgsmål havde responskategorier fra 1 til 5. Disse blev lagt sammen, hvorved der kunne opnås en score fra 5 til 25. En højere score er udtryk for dårligere søvnkvalitet. Chronbach's alpha = 0,68.

For det andet målt to dimensioner vedrørende kognitive funktioner. Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) afdækker kognitive problemer såsom forglemmelser, let distraherbarhed og opmærksomhed via en skala med 25 spørgsmål (23). Faktoranalyse har påvist, at CFQ indeholder 4 underdimensioner, der kan måles ved at anvende subskalaer (24). Vi anvendte 2 af disse underdimensioner, 'distractioner' (9 spørgsmål) og 'hukommelse' (7 spørgsmål). For begge skalaer har spørgsmålene 5 responskategorier (0-4). Svarene lægges sammen, således at der kan opnås en score fra 0 til 36 for distractioner og fra 0 til 28 for hukommelse. En højere score er udtryk for en større tendens til at blive distraheret eller at være glemsom. Chronbach's alpha for begge disse skalaer var 0,85.

Via spørgeskemaerne blev deltagerne også bedt om at oplyse datoer for sygemelding, delvis raskmelding og fuldtids raskmelding. Ved disse oplysninger kunne sygefraværslængde beregnes indenfor projektperioden. Ved missing værdier, blev patientjournalerne gennemgået med henblik på at skaffe disse. Hos fire i interventionsgruppen fandtes der ingen data, så man kunne beregne sygefraværet og 16 i kontrolgruppen var uoplyste. Der blev efterfølgende indhentet DREAM data på sygemeldingslængde for studiepopulationen, med oplysninger om sygefravær fra 1 år før de blev inkluderet i projektet til 2 år efter inklusion. Disse data blev analyseret for begge grupper.

Statistiske analyser

De statistiske analyser blev foretaget i STATA (STATA Corp. Lp, College station, TX) software pakke 11.2. Baseline karakteristika i de to grupper blev sammenlignet ved chi-squared test of comparable distributions og Student's *t* test. Analyser af effektmål (PSS, GHQ, BNSQ og CFQ) blev foretaget med multivariate repeated measurements analysis. Grundet manglende besvarelse på followup 1 og 2 blev kommandoen xt-mixed i STATA anvendt. Lincom-kommandoen i STATA blev anvendt til beregning af mean, mean-change, confidensintervaller og p-værdier ved 4- og 10 mdrs. follow-up. Til modelvalidering blev der anvendt QQ-plots by group of residuals vs. predicted values og residual probability plots. Multivariate repeated measurements analysis gør det muligt at medtage alle data herunder data fra personer, der har svaret på baseline men ikke på followup spørgeskemaer. Hvad angår manglende besvarelse af et single item i et spørgeskema, blev der foretaget single-mean imputation. Den imputerede værdi blev beregnet ud fra gennemsnittet af de øvrige items i skalaen for den pågældende person. Der blev kun foretaget imputation, hvis minimum 50 % af skalaen var blevet besvaret. Single-mean imputationerne giver muligvis lidt snævrere confidensintervaller, men dette er formentligt mindre væsentligt, da vi relativt set ikke har

lavet mange single-mean imputationer. For at kunne sammenligne forandringerne over tid på de forskellige mål blev effektstørrelser beregnet ud fra Cohens d (25). Cohens d måler forandringen over tid ud fra standard deviationerne i de to grupper ved baseline. Cohens d udregnes som følgende: $d = (\text{mean (a)} - \text{mean (b)}) / (\text{den kombinerede sd for a og b})$. Resultaterne vurderes ud fra følgende retningslinjer: lille effekt: $d = 0.2 - 0.5$, middel effekt: $d = 0.5-0.8$ og stor effekt: $d > 0.8$. Vi har angivet Cohens d med negativt fortegn, hvilket afspejler, at der er tale om en reduktion af symptomer.

Sygefraværet er analyseret som mean værdier og der er lavet en variance ratio test. Dream data er analyseret og visualiseret i et Kaplan-Meyers Plot, med det kumulerede antal ugers fravær efter inklusion og 60 uger frem. Derudover er der analyseret om der er forskel på hvor hurtigt personerne igen bliver sygemeldt. Risikoen for at blive raskmeldt er analyseret med en Cox regression.

Resultater

I tabel 2 ses demografiske karakteristika i de to grupper ved baseline. Det kan ses at der er en overvægt af offentligt ansatte kvinder (sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, lærer, pædagoger), hvilket afspejler det sædvanlige mønster ved henvisninger til de arbejdsmedicinske klinikker. Der var ingen signifikante forskelle i de demografiske variabler mellem de to grupper ved baseline. Der var heller ikke signifikante forskelle angående score på udfaldsvariablerne ved baseline. Disse værdier kan ses i tabel 3. Der er grund til at antage, at randomiseringsproceduren har fungeret efter hensigten.

Det fremgår af tabel 2, at en enkelt deltager ikke var sygemeldt ved baseline. Her er der tale om en person, der ved en fejl blev lukket ind i projektet og efterfølgende blev randomiseret til interventionsgruppen. Personen var ellers sammenligneligt med de andre deltagere hvad angår de andre effektmål samt ind- og eksklusionskriterier. Vedkommende fuldførte interventionen og udfyldte begge opfølgningsskemaer. Det blev besluttet at inkludere vedkommende i analyserne.

Ændringer over tid i interventionsgruppen og kontrolgruppen for oplevet stress, mentalt helbred, søvnproblemer, og de 2 variabler vedrørende nedsatte kognitive funktioner er beskrevet i figurerne 3 til 7. Det generelle billede for disse 5 udfaldsvariabler er, at deltagere i begge grupper får det bedre i løbet af 10 måneder. Bedringen i den psykiske tilstand, som figurerne er udtryk for, er stærkest i løbet af de første 4 måneder, især i interventionsgruppen for nogle af variablerne. Herefter flader kurverne ud og de forskelle, fx i oplevet stress, som opstår efter 4 måneder fortones.

For at teste, om interventionen førte til et mere positivt udfald end ingen behandling blev datasættet analyseret ifølge 'intention to treat' princippet. Resultaterne vedrørende oplevet stress, mentalt helbred, søvnproblemer, hukommelsesvanskeligheder og distraherbarhed kan ses i tabel 3. I første del af tabellen ses de gennemsnitlige værdier ved baseline i begge grupper samt ændringer i estimaterne fra baseline til 4 måneder med tilsvarende p -værdier og effektstørrelser (Cohen's d). I tabellens anden del på den følgende side ses de samme oplysninger vedrørende ændringer fra 4 til 10 måneder samt 0 til 10 måneder.

Tabel 2. Baseline demografiske karakteristikker

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe
Køn, n (%)		
Kvinder	48 (84.2)	67 (83.8)
Mænd	9 (15.8)	13 (16.3)
Alder, år (variationsbredde)	44.58 (19.75 - 62.33)	45.02 (21.1 - 59.33)
Sygefravær ved baseline (dage)	38.89	42.95
Sygefravær ved baseline:		
Fuld:	41 (73.2)	67 (85)
Delvis:	15 (26.8)	12 (15)
Ikke sygemeldt	1	
Uddannelse, n (%)		
9 år eller mindre	4 (7.1)	7 (8.9)
10-12 år	39 (69.4)	61 (77.2)
13 år eller mere	13 (23.2)	11 (13.9)
Videregående uddannelse, n (%)		
Kort (< 3 år)	22 (38.6)	37 (46.3)
Mellem (3 - 4 år)	29 (50.9)	42 (52.5)
Lang (> 4 år)	6 (10.5)	1 (1.3)
Erhverv, n (%) :		
Sundhed	8 (14.04)	14 (17.5)
Lærer	13 (22.81)	8 (10.0)
Administration	6 (10.53)	17 (21.3)
Pædagog	14 (24.6)	21 (26.3)
Leder	8 (14.04)	8 (10.0)
Håndværk	2 (3.51)	4 (5)
Andet	6 (10.53)	8 (10)
Diagnose		
Let depression	10 (18)	11 (14)
Stress - & tilpasningsreaktion	47 (82)	69 (86)
Receptpligtig medicin i de sidste 14 dage, n (%)	20 (35.7)	37 (48.7)
Type af medicin, n (%)		
Antidepressiv	3 (5.5)	10 (12.8)
Beroligende	5 (8.93)	10 (12.5)
Sovemedicin	3 (5.5)	7 (8.97)
Anden	16 (28.06)	31 (38.75)

Fig. 3. Ændringer i oplevet stress fra baseline til 4 og 10 måneder.

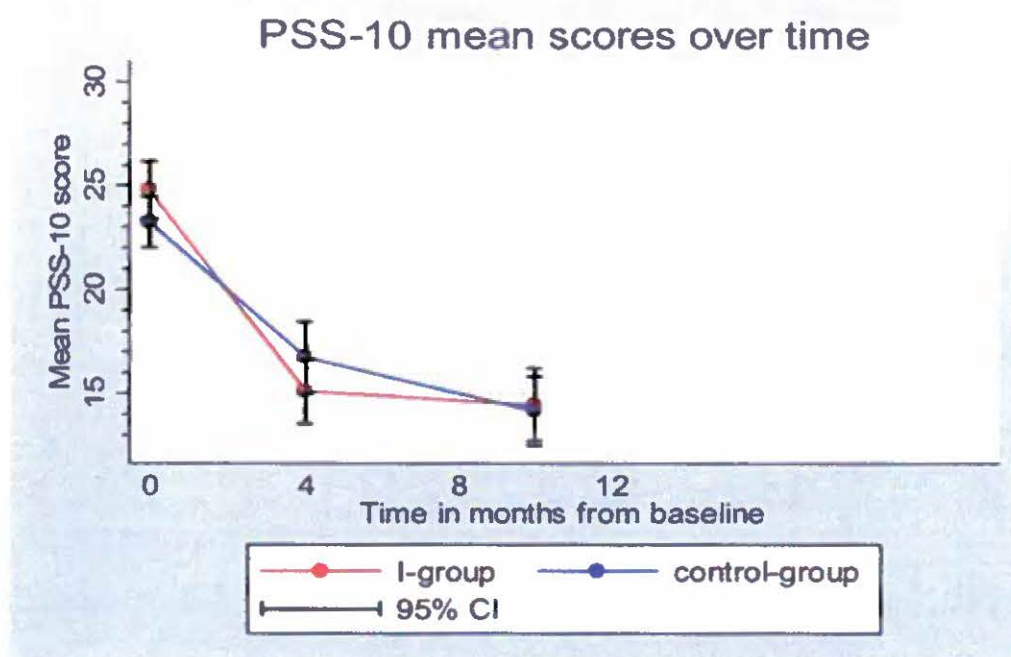


Fig. 4. Ændringer i mentalt helbred fra baseline til 4 og 10 måneder.

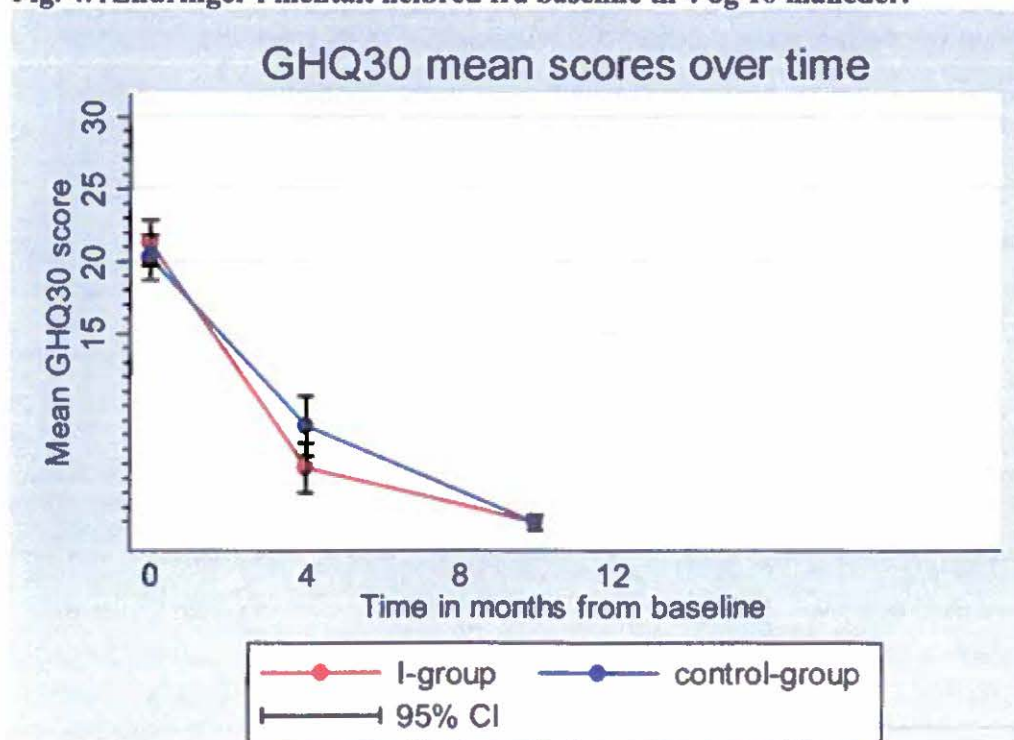


Fig. 5. Ændringer i søvn problemer fra baseline til 4 og 10 måneder.

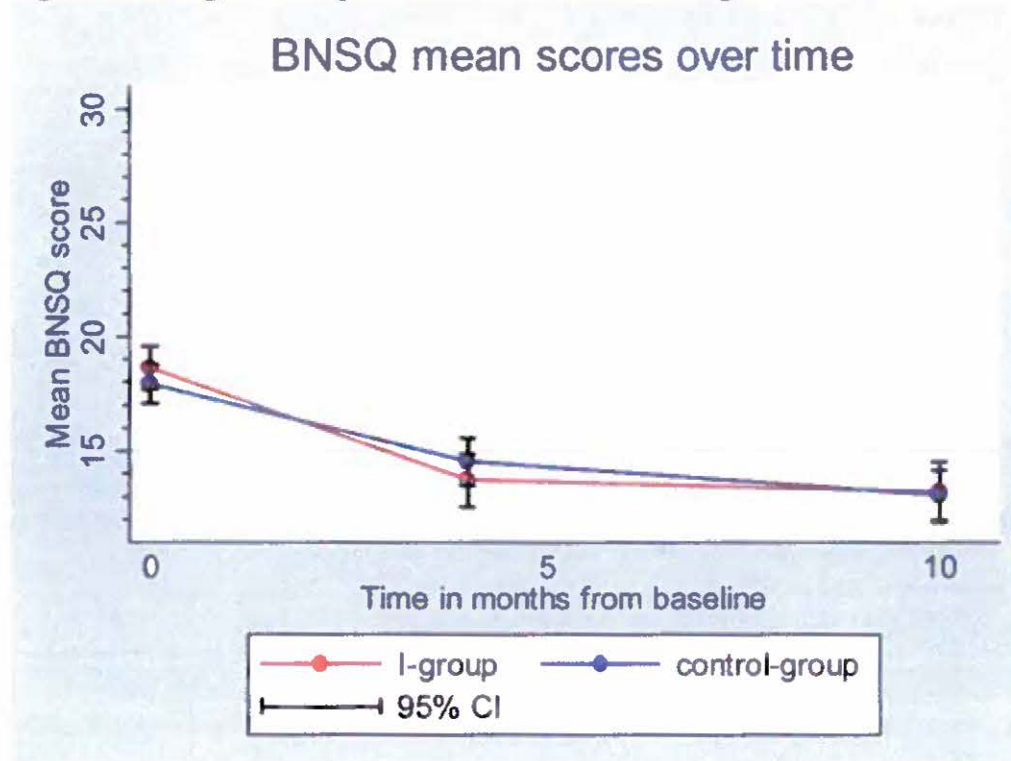


Fig. 6. Ændringer i hukommelsesvanskeligheder fra baseline til 4 og 10 måneder.

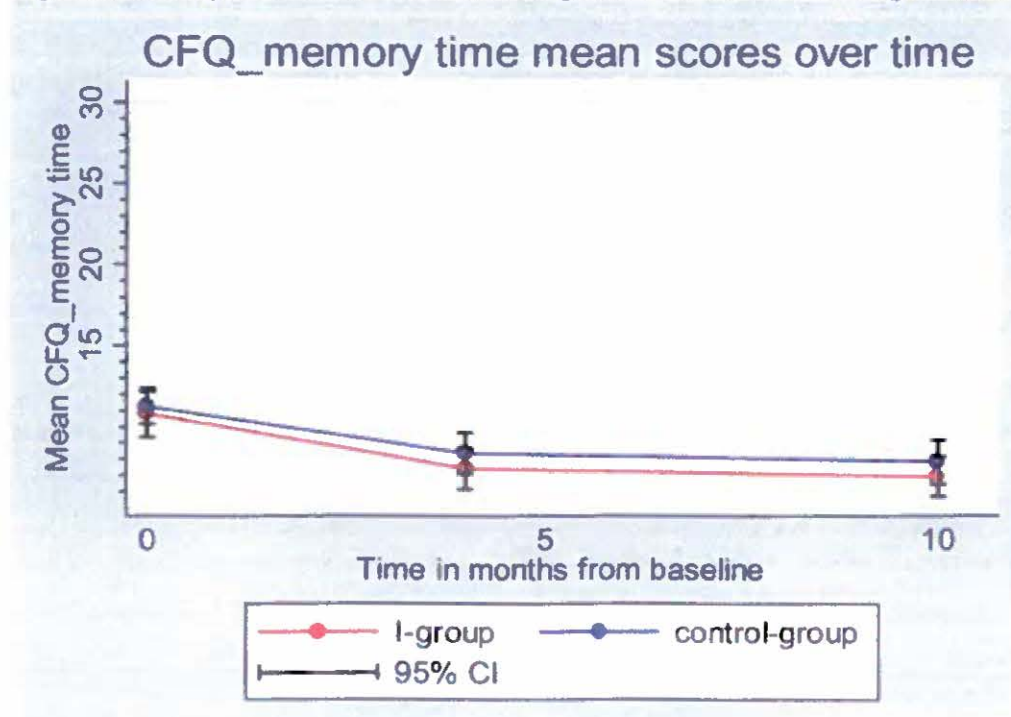
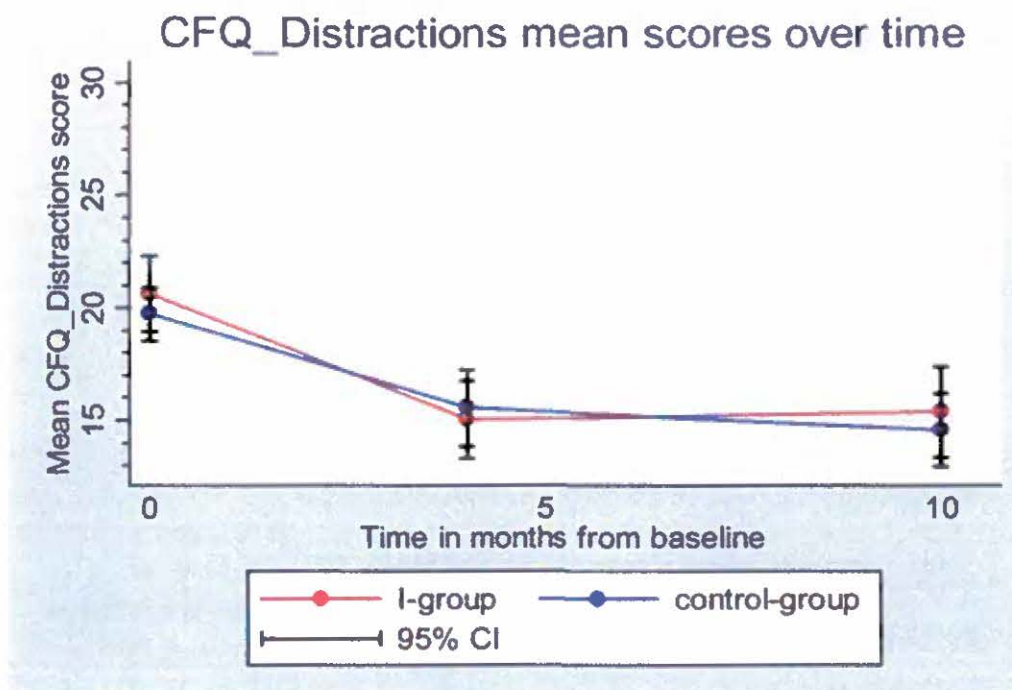


Fig. 7. Ændringer i distraherbarhed fra baseline til 4 og 10 måneder.



Ved baseline er de 2 grupper sammenlignelige, hvad angår alle 5 mål. Det samme gælder efter 10 måneder, hvor der i sammenligning med baseline er mindre oplevet stress, bedre mentalt helbred, bedret søvnkvalitet og bedret kognitive funktioner. Der er i begge grupper og for alle 5 mål en signifikant effekt af tid.

Der fandtes tydelige interventionseffekter fra baseline til 4 måneder. Dette gælder de 2 primære mål for behandlingseffekt, PSS og GHQ. Der var et signifikant reduktion af oplevet stress, målt via PSS, og en signifikant bedring af mentalt helbred, målt via en reduktion i GHQ-symptomer. I begge tilfælde kunne der konstateres en moderat behandlings effekt i det Cohen's d er henholdsvis -0,51 og -0,66.

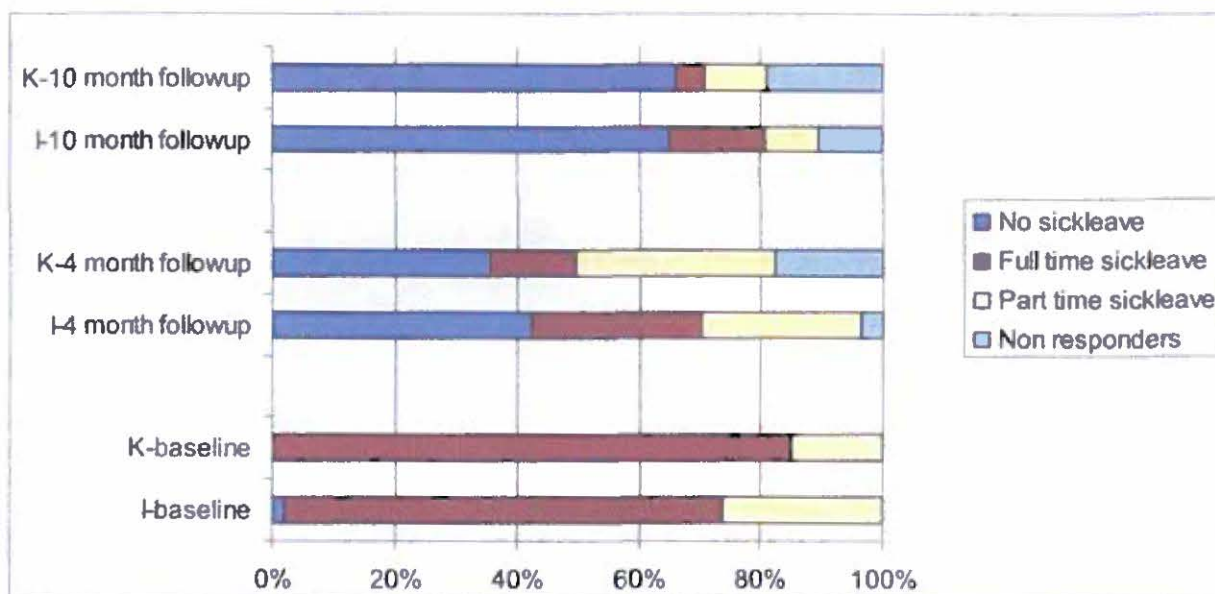
Der fandtes også en lille behandlingseffekt for søvnkvalitet (BNSQ), Cohen's d = -0,35, samt for distraherbarhed (CFQ-distractions), Cohen's d = -0,30. I begge tilfælde var der en kraftigere reduktion af søvn vanskeligheder eller kognitiv besvær i interventionsgruppen sammenlignet med kontrol gruppen som var grænsede til en signifikant behandlingseffekt, henholdsvis $p=0,076$ og $p=0,070$. Der fandtes ingen behandlingseffekt efter 4 måneder hvad angår hukommelsesproblemer (CFQ-memory).

Det generelle billede, når gennemsnitsværdier for effektmålene sammenlignes på tværs af de 2 grupper efter 4 måneder, er, at kontrolgruppen har det dårligere end interventionsgruppen (på grund af behandlingseffekt fra 0 til 4 måneder). Fra 4 til 10 måneder er der for flere af variablerne fortsat bedring, men nu er der en stærkere effekt af tid i kontrolgruppen end i interventionsgruppen, formentlig fordi der nu er mindre plads til forbedring i interventionsgruppen (floor effekt). Fra 4 til 10 måneder er der kun en effekt af tid i interventionsgruppen, hvad angår GHQ, mens der i kontrolgruppen ses en effekt af tid for 4 ud af 5 mål. Undtagelsen er CFQ-memory.

Sygefravær

Det gennemsnitlige antal selvrapporterede sygedage ved opfølgning efter 4 måneder var 125 og efter 10 måneder 131. Dvs. Der blev ikke fundet forskel i sygefraværslænge i de to grupper, hvad enten det drejede sig om analysen af det selvrapporterede sygefravær eller en opfølgning af deres sygefravær i dream databasen fig 8-12. Der er dog flere i interventionsgruppen der er raskmeldte ved 4 måneders follow op, men der er problemer med mange missing data i kontrolgruppen. Der er ved en Cox regressionsanalyse ingen forskel på risikoen for at blive raskmeldt i de to grupper.

Fig. 8: Hel- og deltidssygefravær ved baseline og followup.

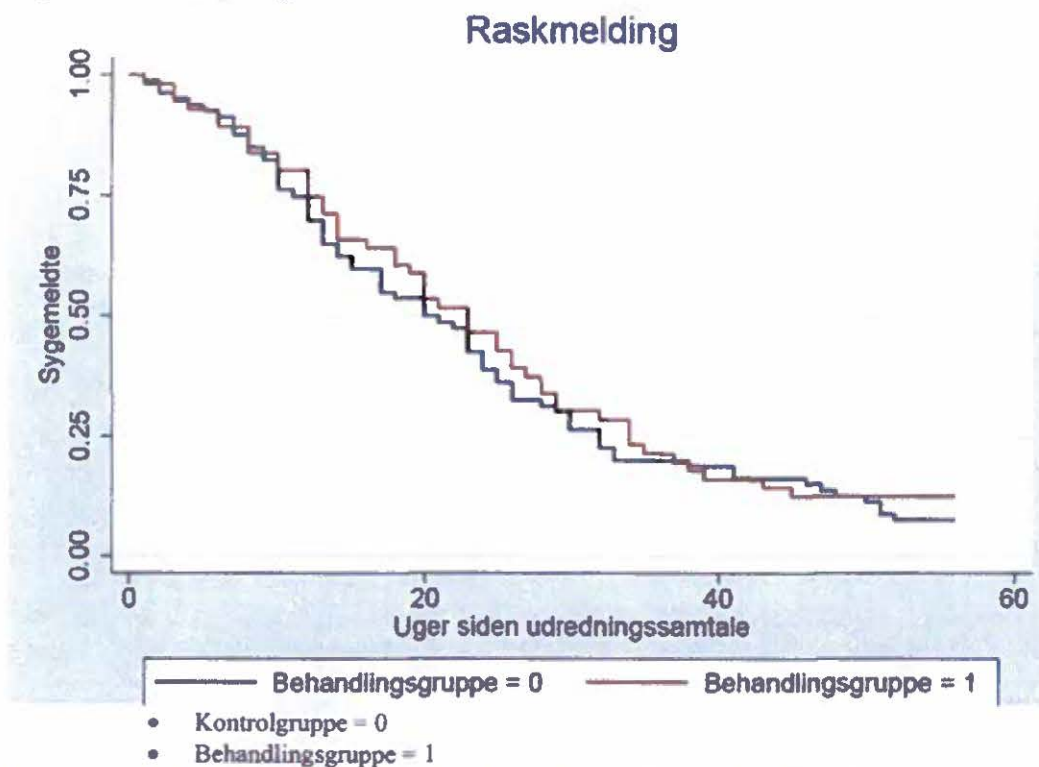


Figuren viser at der ved baseline og followup ikke er signifikante forskelle i hel- eller deltidssygefravær. Ved 10 måneders followup var ca. 65 % raskmeldt.

Fig. 9: Gennemsnitligt antal sygedage fra sygemeldingen for den aktuelle lidelse i de 2 grupper ved followup.

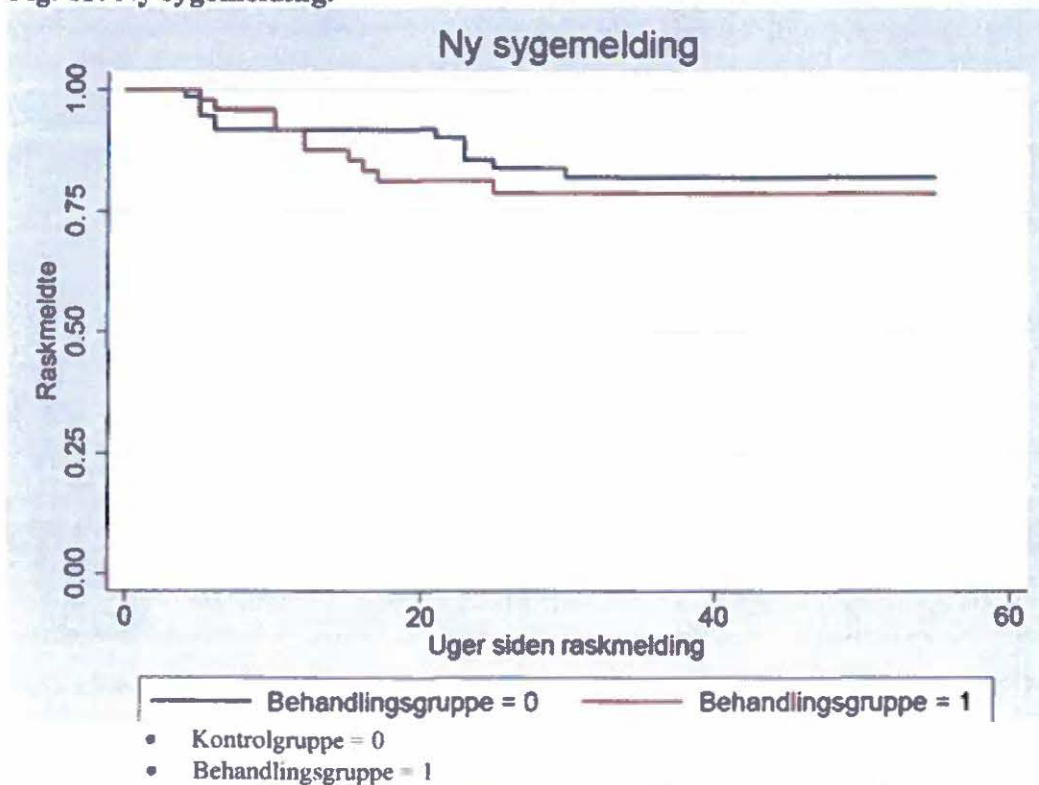
		Interventionsgruppe		Kontrolgruppe		p-værdi
		Dage	95 % CI	Dage	95 % CI	
Antal dage fuld- eller deltidssygemeldte ved followup efter 4 måneder	Mean	133	119-147	120	106-134	0,10
Antal dages fuld- eller deltidssygemelding ved followup efter 10 måneder.	Mean	134	112-156	128	107-149	0,34

Fig. 10: Raskmelding



Der er ingen forskel i hyppigheden af raskmelding i de to grupper i et års observationsperiode.

Fig. 11: Ny sygemelding.



Resultaterne viser ingen forskel i ny sygemelding af alle årsager i en et årig observationsperiode.

Tabel 3: Ændringer over tid (PSS, GHQ, BNSQ, CFQ).

BASELINE				0-4 MÅNEDER				
Variable	Mean	95% CI	Sd	Mean-change	95% CI	P	d	95% CI
PSS:								
I-group:	24.79	[23.21, 26.37]	6.09	-9.72	[-11.48, -7.96]	0.000	-1.60	[-1.89, -1.31]
C-group:	23.26	[21.91, 24.6]	6.08	-6.63	[-8.22, -5.03]	0.000	1.09	[-1.35, -0.83]
Intervention effect:				-3.09	[-5.47, -0.72]	0.011	-0.51	[-0.9, -0.12]
GHQ:								
I-group:	21.30	[19.75, 22.86]	5.90	-15.62	[-17.72, -13.52]	0.000	-2.61	[-2.96, -2.26]
C-group:	20.27	[18.95, 21.59]	5.90	-11.68	[-13.56, -9.8]	0.000	-1.95	[-2.26, -1.64]
Intervention effect:				-3.94	[-6.76, -1.12]	0.006	-0.66	[-1.13, -0.18]
BNSQ:								
I-group:	18.63	[17.55, 19.71]	4.17	-4.90	[-6.08, -3.72]	0.000	-1.18	[-1.46, -0.89]
C-group:	17.93	[17.01, 18.84]	4.17	-3.46	[-4.53, -2.4]	0.000	-0.83	[-1.09, -0.58]
Intervention effect:				-1.44	[-3.03, .15]	0.076	-0.35	[-0.73, 0.04]
CFQ-memory:								
I-group:	10.77	[9.46, 12.09]	5.07	-3.53	[-4.7, -2.37]	0.000	-0.70	[-0.93, -0.47]
C-group:	11.24	[10.13, 12.35]	5.07	-2.61	[-3.67, -1.56]	0.000	-0.51	[-0.72, -0.31]
Intervention effect:				-0.92	[-2.49, 0.65]	0.252	-0.18	[-0.49, 0.13]
CFQ-distractions:								
I-group:	20.64	[18.98, 22.31]	6.40	-5.77	[-7.29, -4.25]	0.000	-0.9	[-1.14, -0.66]
C-group:	19.73	[18.33, 21.13]	6.40	-3.88	[-5.25, -2.51]	0.000	-0.61	[-0.82, -0.39]
Intervention effect:				-1.89	[-3.94, 0.15]	0.070	-0.30	[-0.62, 0.02]

Tabel 3 (fortsat): Ændringer over tid (PSS, GHQ, BNSQ, CFQ).

Variable	4 – 10 MÅNEDER							0 – 10 MÅNEDER						
	Mean 4-mdr.	95%CI	Mean-Change	95%CI	P	d	95%	Mean 10 mdr.	95%CI	Mean-Change	95%CI	P	d	95%CI
PSS:														
I-group:	15.07	[13.47, 16.67]	-0.54	[-2.37, 1.28]	0.561	-0.09	[-0.39, 0.21]	14.53	[12.86, 16.19]	-10.26	[-12.08, -8.45]	0.000	-1.69	[-1.98, -1.39]
C-group:	16.63	[15.16, 18.09]	-2.36	[-4.04, -0.69]	0.006	-0.39	[-0.66, -0.11]	14.26	[12.78, 15.75]	-8.99	[-10.6, -7.39]	0.000	-1.48	[-1.74, -1.21]
Intervention effect:	---	---	1.82	[-0.65, 4.30]	0.149	0.29	[-0.11, 0.71]	---	---	-1.27	[-3.7, 1.16]	0.305	-2.1	[-0.61, 0.19]
GHQ:														
I-group:	5.68	[4.10, 7.26]	-3.76	[-5.93, -1.6]	0.001	-0.63	[-0.99, -0.27]	1.92	[0.28, 3.57]	-19.38	[-21.53, -17.23]	0.000	-3.24	[-3.6, -2.88]
C-group:	8.58	[7.11, 10.05]	-6.73	[-8.73, -4.73]	0.000	-1.12	[-1.46, -0.79]	1.85	[0.35, 3.35]	-18.41	[-20.32, -16.50]	0.000	-3.07	[-3.39, -2.76]
Intervention effect:	---	---	2.97	[0.2, 5.92]	0.048	0.50	[-0.0038, 0.99]	---	---	-9.7	[-3.84, 1.91]	0.510	-0.16	[-0.64, 0.32]
BNSQ:														
I-group:	13.73	[12.63, 14.83]	-0.57	[-1.79, 0.64]	0.356	-0.14	[-0.43, 0.15]	13.16	[12.03, 14.29]	-5.48	[-6.69, -4.27]	0.000	-1.31	[-1.60, -1.02]
C-group:	14.46	[13.46, 15.46]	-1.41	[-2.54, -0.29]	0.014	-0.34	[-0.61, -0.07]	13.05	[12.03, 14.06]	-4.87	[-5.95, -3.8]	0.000	-1.17	[-1.43, -0.91]
Intervention effect:	---	---	0.84	[-0.82, 2.5]	0.321	0.2	[-0.19, 0.6]	---	---	-0.60	[-2.22, 1.02]	0.466	-0.14	[-0.53, 0.24]
CFQ-memory:														
I-group:	7.24	[5.91, 8.57]	-0.54	[-1.74, 0.66]	0.376	-0.11	[-0.34, 0.13]	6.69	[5.34, 8.06]	-4.07	[-5.27, -2.88]	0.000	-0.80	[-1.04, -0.57]
C-group:	8.62	[7.43, 9.81]	-0.69	[-1.81, 0.42]	0.223	-0.14	[-0.36, 0.08]	7.93	[6.72, 9.13]	-3.31	[-4.38, -2.23]	0.000	-0.65	[-0.86, -0.44]
Intervention effect:	---	---	0.15	[-1.49, 1.79]	0.351	0.03	[-0.29, 0.35]	---	---	-0.76	[-2.37, 0.84]	0.351	-0.15	[-0.47, 0.17]
CFQ-distractions:														
I-group:	14.87	[13.18, 16.56]	0.126	[-1.45, 1.70]	0.876	-0.02	[-0.23, -0.27]	15.0	[13.27, 16.73]	-5.65	[-7.21, -4.08]	0.000	-0.88	[-1.13, -0.63]
C-group:	15.85	[14.34, 17.36]	-1.46	[-2.90, -0.02]	0.048	-0.23	[-0.45, -0.002]	14.39	[12.87, 15.91]	-5.34	[-6.72, -3.95]	0.000	-0.83	[-1.05, -0.62]
Intervention effect:	---	---	1.58	[-0.55, 3.72]	0.147	0.25	[-0.09, 0.6]	---	---	-0.31	[-2.4, 1.79]	0.771	-0.05	[-0.37, 0.28]

Diskussion

Hovedresultatet i nærværende undersøgelse er, at patienter med arbejdsrelateret stress reaktioner og tilpasningsreaktioner generelt får det bedre i løbet af ca. 10 måneder, men at den intervention, der her er blevet afprøvet, medfører en signifikant hurtigere bedring, hvad angår oplevet stress og mentalt helbred. Der er også en tendens til hurtigere bedring af søvnkvalitet og distraherbarhed i interventionsgruppen. At interventionen har haft en mere tydelig betydning for ændringer i værdier på PSS og GHQ, frem for målene for søvnkvalitet og kognitiv dysfunktion, kan til dels forklares ved, at interventionen ikke indeholdt elementer, der var specifikt rettet mod søvn, hukommelsesbesvær eller distraherbarhed. Det er fx generelt uklart, om stress interventioner, der ikke specifikt fokuserer på søvn kan påvirke dette udfald (26).

Mens der fandtes en klar interventionseffekt i løbet af de første 4 måneder vedrørende en bedret psykisk velbefindende, kunne der ikke påvises en hurtigere tilbagevenden til arbejdet som følge af interventionen. Generelt har forskningen på området haft svært ved at påvise, at interventioner rettet mod sygemeldte medarbejdere med tilpasningsreaktioner medfører en hurtigere raskmelding. I en metaanalyse fra Cochrane Instituttet var den overordnede konklusion, at man ikke har kunnet påvise hurtigere fuldtids raskmelding som følge af intervention, men at der fortsat kun er få undersøgelser af god kvalitet (27).

Når en hurtigere bedring af den psykiske tilstand i nærværende og andre undersøgelser ikke har været forbundet med hurtigere raskmelding, er det sandsynligvis fordi tilbagevenden til arbejdet (TTA) er et mere komplekst fænomen, der afspejler den samlede effekt af flere faktorer, som ikke blev målt, og ikke kun helbredstilstanden. Nyere forskning er begyndt at undersøge, hvilke faktorer, der har betydning for TTA og synes at bekræfte, at TTA er mere komplekst end først antaget. For eksempel har man i en prospektiv undersøgelse i Sverige fundet at både organisatoriske og individuelle forhold har betydning for TTA og at der er kønsforskelle (28). De fandt at en kombination af et godt organisatorisk klima og mere 'work commitment' hos den enkelte er en prædiktør for hurtigere TTA, men kun for kvinder. Deltagerne i den svenske kohorte var sygemeldte med baggrund i mange forskellige årsager, fysisk og psykisk, men forfatterne påpeger, at organisatorisk klima og work commitment er påvirket af stress skabende forhold såsom dårlige samarbejdsforhold og konflikter. Det er nærliggende at tro, at organisatorisk klima og work commitment vil have endnu mere betydning blandt personer, der er sygemeldt med baggrund i arbejdsrelateret stress. Selvom der opleves en symptomb lindring, vil en sygemelding måske trække ud, hvis personen oplever et dårligt socialt klima på arbejdspladsen. I sådan en situation vil der måske opleves flere bekymringer for tilbagefald, hvis man raskmeldte sig for hurtigt.

Resultaterne fra nærværende undersøgelse bekræfter tidligere danske undersøgelser (se baggrundsafsnit), idet en kognitivterapeutisk intervention var i stand til at fremme en hurtigere bedring af det psykiske velbefindende hos patienter med arbejdsrelateret stress. Resultaterne fra de danske undersøgelser vedr. sygefraværslængde er dog mindre klart. I nærværende undersøgelse samt i MARS-projektet (12) fandt man ingen signifikant behandlingseffekt vedrørende TTA, dvs. at der var ingen forskel i sygefraværet eller hvor hurtigt man vendte tilbage til arbejdet igen i de to grupper. I COPESTRESS-projektet rapporteres der om en hurtigere genoptagelse af arbejdet i interventionsgrupperne end i en venteliste kontrolgruppe (14). Disse forskelle kan skyldes, som nævnt ovenfor, at TTA også påvirkes af andre forhold end den enkeltes psykiske helbred. Forskelle mellem undersøgelserne vedrørende design og inklusionskriterier kan også have betydning. Fx kan anvendelse af en venteliste kontrolgruppe tænkes at forlænge sygefravær hos de personer, der venter på at modtage behandling.

Mens resultaterne af de danske undersøgelser generelt er positive, er der endnu ikke et tilstrækkeligt grundlag til at drage konklusioner vedrørende en optimal behandling. Dette skyldes til dels, at 'arbejdsrelateret stress' er svært at operationalisere på en entydig måde. I praksis har alle de danske undersøgelser gjort meget for at sikre en skarp afgrænsning af målgruppen for intervention. Man har fx ekskluderet anden psykiatrisk lidelse, bortset fra let depression, samt sikret gennem udrednings- eller visitationssamtaler, at belastende arbejdsforhold har spillet en betydende rolle i stresstilstandens opståen. Generelt kan deltagerne siges at have tilpasnings- og belastningsreaktioner, men inden for denne diagnostiske gruppe er der stor variation i symptombilledet og forløb. Der har også været forskelle i undersøgelserne imellem i hvordan målgruppen er blevet afgrænset. Fx har man i MARS-projektet ekskluderet stresstilstande knyttet til mobning og konflikter (10), mens disse sager blev inkluderet i de andre projekter. I MARS-projektet skulle deltagerne ved inklusion have planer om at genoptage arbejdet i løbet af de kommende 4 uger (10), hvilket ikke var en betingelse i de andre projekter. Sådanne forskelle kan have betydning, når der fx skal tages stilling til fordele og ulemper ved intervention baseret på gruppe- kontra individuelle forløb. Det er sandsynligt, at der ikke findes en optimal behandling for alle stresspatienter, men at der skal sigtes mod en optimering af det konkrete behandlingstilbud i hvert tilfælde på baggrund af symptombilledet, tilstandens varighed ved behandlingsstart og arten af de belastende forhold. Der er fortsat behov for forskning samt opsamling af kliniske erfaringer vedrørende betydningen af disse forhold for behandlingseffekt. Der synes dog at være et tilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at interventioner baseret på kognitiv adfærdsterapi, som er blevet afprøvet i de danske RCT-undersøgelser, fremmer en hurtigere bedring af stresstilstande end ingen behandling.

Nærværende undersøgelse har både styrker og begrænsninger. Blandt de vigtigste styrker kan nævnes studiets design som randomiseret kontrolleret forsøg. Endvidere er der blevet lagt stor vægt på at undgå nogle af de største svagheder ved den eksisterende forskning, som blev nævnt i introduktionen. Der er anvendt en diagnostisk set velafgrænset studiepopulation med et dokumenteret klinisk behov, sygemeldte patienter der via egen læge er henvist til arbejdsmedicinsk klinik. Risikoen for selektionsbias må siges at være minimal. Modsat langt de fleste tidligere undersøgelser er der også tale om en intervention, der retter fokus både på den enkelte stresspatient og arbejdspladsen. Når der er tale om patienter med stresstilstande, som arbejdsforhold skønnes at være medvirkende til, giver det mening at rette tiltag ikke kun mod patientens symptomer og stresshåndtering, men også mod de stressende arbejdsforhold.

Flere begrænsninger kan også nævnes. Der blev anvendt en ægte kontrolgruppe, som ikke fik et behandlingstilbud på arbejdsmedicinsk klinik. Dette kan ses som en styrke sammenlignet med en venteliste-kontrolgruppe, fordi det at stå på venteliste kan skabe en afventende holdning og vil dermed ikke befordre forbedringer af den psykiske tilstand. Patienterne i vores kontrolgruppe var dog fri til at opsøge behandling, fx psykolog samtaler, andetsteds. Vi ved at en del patienter i kontrolgruppen benyttede sig af denne mulighed, fx via arbejdspladsens sundhedsforsikring. Det er muligt at dette kan svække undersøgelsens mulighed for at afdække en behandlingseffekt. I så tilfælde er det mere sandsynligt at nærværende resultater undervurderer frem for at overvurdere den reelle interventionseffekt. På den anden side afspejler patienternes mulighed for at søge behandling andre steder den kliniske virkelighed, hvorfor vores kontrolgruppe måske skal betegnes som en 'treatment as usual' gruppe. Dette styrker undersøgelsens eksterne validitet. En anden mulig begrænsning er det større frafald, som blev set i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen. Dette afspejler sandsynligvis en reduceret motivation til at deltage efter at man er blevet udtaget til kontrolgruppen. Dette viser en ulempe ved en ekstern kontrolgruppe sammenlignet med en venteliste kontrolgruppe. Det kunne dog konstateres via frafaldsanalyser, at

der ikke var forskelle i baseline værdier for udfaldsvariablerne mellem patienter der udfyldte og patienter der ikke udfyldte opfølgningsskemaer. Det er således usandsynligt, at det skæve frafald har medført nogen bias i undersøgelsen. Det at der blev udtaget flere patienter til kontrolgruppen har medført, at de to grupper ved afslutning var næsten lige store. Det var tilfældigt, at der i første omgang kom flere patienter ind i kontrolgruppen. Ved projektets start blev der genereret en liste af 'true random numbers', som blev brugt i forbindelse med randomisering, men antallet af cifre var ikke afstemt i forhold til det tilsigtede antal deltagere (60 i hver gruppe). Dette medførte, at det var muligt for den ene gruppe at vokse sig større end den anden i en periode. Det var nødvendigt at standse for indtag af flere patienter, inden interventionsgruppen nåede at indhente kontrolgruppen, da inklusionsperioden i forvejen var blevet overskredet. Stopdatoen blev valgt ud fra en forventning om, at interventionsgruppen på det tidspunkt ville nå op til de ønskede 60 personer. Det vurderes, at dette ikke har haft betydning for projektets resultater, men har bidraget til en forlængelse af projektperioden.

Selvrapporteret sygefravær har betydelige begrænsninger, fordi der spørges retrospektivt ind til sygefraværet og det kan medføre rapporteringsbias. Derfor har det været nødvendigt at supplere undersøgelsen med data fra DREAM-registeret, hvor alt sygefravær over 6 uger bliver registreret i 2 ugersperioder. Dette har også forlænget projektperioden.

Anvendelse af en kombineret intervention er blevet nævnt som en styrke ved undersøgelsen. Desværre nåede vi ikke at rette en direkte intervention mod et flertal af arbejdspladser. I 25% af tilfældene deltog den behandlende psykolog i møde med nærmeste leder på arbejdspladsen eller i rundbordsamtaler. I de resterende sager skete arbejdspladsintervention indirekte via rådgivning af patienten, som efterfølgende drøftede ændringer, midlertidige eller permanente, med lederen. Dette kan have svækket den intenderede påvirkning af arbejdspladsen. Det kan også betragtes som en begrænsning, at det ikke er muligt at afklare, hvorvidt det er psykologsamtalerne, arbejdspladsændringer, eller en kombination af disse, som har haft en virkning.

Konklusion

Den evaluerede arbejdsfokuserede kognitive intervention medfører en hurtigere reduktion af selvoplevet stress (PSS) og symptomer (GHQ) sammenlignet med en kontrolgruppe blandt patienter med arbejdsrelateret belastnings- og tilpasningsreaktioner henvist til arbejdsmedicinsk klinik. 6 måneder efter endt intervention er der ikke længere forskel mellem grupperne. Interventionen ser ikke ud til at have en signifikant betydning for sygefraværslængde.

Undersøgelsens anbefalinger

Vi anbefaler, at man arbejder med kognitive terapeutiske metoder og samtidig fastholder fokus på de arbejdsforhold, der er stressskabende, når arbejdsrelaterede belastnings- og tilpasningsreaktioner behandles. Der er dog uafklarede spørgsmål vedrørende hvilke patienter, der får mest gavn af specifikke behandlingstilbud, fx gruppe kontra individuelle forløb, samt vedrørende hvilke faktorer, der har betydning for behandlingseffekt. Fremtidig interventionsforskning vil have gavn af at undersøge potentielle prognostiske og modificerende faktorer. Der er også behov for mere forskning vedrørende forhold af betydning for tilbagevenden til arbejdet.

Formidlingsplan

Resultaterne er blevet præsenteret ved flg. internationale konferencer:

- Den 10. stressforskningskonference i København, nov. 2013
- European Academy of Occupational Health Psychology i London, april 2014
- 26th Annual Convention of the Association for Psychological Science, San Francisco, maj. 2014.

Der er foreløbig indsendt en artikel om effekterne på søvn og kognitiv dysfunction til tidsskriftet 'Journal of Work Environment and Health'.

Der skrives p.t. på 2 artikler til videnskabelige tidsskrifter. Den første artikel har fokus på resultaterne vedrørende PSS, GHQ og sygefravær. Den anden artikel undersøger sammenhænge mellem sygefravær, arbejdsmiljøforhold og personlige karakteristika.

Projektets resultater er formidlet ved møder med praktiserende læger, kommunale sygedagpenge afdelinger og fagforeninger. Der har været stor interesse og omtale af projektet i diverse skrevne og elektroniske medier.

Projektets resultater vil også blive formidlet via Arbejdsmedicinsk kliniks egen hjemmeside, hvor de vil være tilgængelige for patienter og arbejdspladser.

Der laves også et indlæg målrettet de praktiserende læger via sundhed.dk, Regionernes hjemmeside med information bl.a. til almen praksis.

Referencer

- 1) Rohde, B. (2006) Mange flere patienter har psykiske belastningsreaktioner. *Arbejds miljø*, nr. 3-2006: 9-10.
- 2) Arbejdsskade styrelsen (2012): Arbejdsskade statistik 2011 (www.ask.dk)
- 3) Lund, T., Labriola, M., Christensen, K.B., Bültmann, U., Villadsen, E. & Burr, H. (2005). Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECS/DREAM. *J. Occupational and Environmental Medicine*, 47 (11): 1141-1147.
- 4) Koopmans P.C., Bultmann U., Roelen C.A., Hoedeman R., van der Klink J.J., Groothoff J.W. (2011) Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (2): 193-201.
- 5) Nielsen MB, Bultmann U, Amby M, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. (2010) Return to work among employees with common mental disorders: Study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (8): 864-72.
- 6) Nielsen MB, Madsen IE, Bultmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. (2011) Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 21 (6): 806-11.
- 7) Akerstedt T. (2006) Psychosocial stress and impaired sleep. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32: 493-501.
- 8) Van Der Linden, D., Keijsers, S. P. J., Eling, P & Schaijk, Van Schaijk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work & Stress*, 19: 23-36.
- 9) Borg V, Andersen Nexø M, Kolte IV, Friis Andersen M (2010) Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø. København.

- 10) Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP (2009) Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35 (2): 145-152.
- 11) Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP (2010) Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International Journal of Stress Management*, 17 (3): 193-213.
- 12) Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP (2011) Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work – results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37 (3): 186-195.
- 13) Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y (2012) The effects of a group based stress treatment program (the Kalmia concept) targeting stress reduction and return to work. A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Environmental and Occupational Science*, 1 (1): 111-120.
- 14) Netterstrøm B (2012) En undersøgelse af effekten af to stressbehandlingsprogrammer: Effekten umiddelbart efter behandling. (En rapport omhandlende foreløbige resultater fra COPEstress-projektet)
<http://www.bispebjerghospital.dk/menu/Afdelinger/Kliniske+afdelinger/Arbejds+og+Miljoe+medicinsk+Afdeling/Forskning/copestress/>
- 15) Van der Klink, J.L., Blonk, R.W.B., Scene, A.H. & van Dijk, F.J.H. (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*, 91(2): 270-276.
- 16) Richardsen KM, Rothstein HR (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: A metaanalysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13:69-93.
- 17) Munz, D.C., Kohler, J.M. & Greenberg, C.I. (2001) Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *International J Stress Management*, 8 (1): 49-62.
- 18) Nielsen, K, Rasmussenj K, Carstensen O, Glasscock D (2008) Forandring som vilkår. København. Børsens Forlag.
- 19) Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R.A. (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24: 385-96.
- 20) Cohen S, Williamsen G (1988) Perceived stress in a probability sample of the United States. In Spacapan S, Oskamp S (eds) *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage.
- 21) Goldberg DP & Williams P (1988) *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFER-Nelson.
- 22) Partinen, M. & Gislason, T. (1995) Basic Nordic Sleep Questionnaire: A quantitative measure of subjective sleep complaints. *J Sleep Res*, 4: 150-5.
- 23) Broadbent, D.E., Cooper, P.F., Fitzgerald, P. & Parkes, K.R. (1982) The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its Correlates. *British Journal of Clinical psychology*, 21, 1-16.
- 24) Wallace, J.C. (2004) Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37, 307-324.
- 25) Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Earlbaum Associates.
- 26) Morin, C., Bootzin, R., Buysse, D., Edinger, J., Espie, C., & Lichstein, K. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29, 1398-1414.
- 27) Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-gromen A, Bültmann U, Verbeek JH. (2012) Interventions to facilitate return to work in adults with

adjustment disorders. Cochrane database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No. CD006389. DOI: 10.1002/14651858. CD006389.pub2.

- 28) Holmgren K, Ekbladh E, Hensing G & Dellve L (2013) The combination of work organizational climate and individual work commitment predicts return to work in women but not in men. *Journal of Occupational Medicine*, 55 (2), 121-127.